FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

N° 941

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

DARDARE Thérèse

Interne des Hôpitaux de la Circonscription de Paris

Née le 30 Juin 1939, à Villemomble (93)

Présentée et soutenue publiquement le

ÉTUDE CRITIQUE SUR LE PLAN PÉDIATRIQUE DES MÉTHODES D'ÉDUCATION DES FUTURES MÈRES PENDANT LA PRÉPARATION A L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR ET LORS DE L'HOSPITALISATION A LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE.

Président : Mr. R. MERGER, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1969

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

DARDARE Thérèse

Interne des Hôpitaux de la Circonscription de Paris

Née le 30 Juin 1939, à Villemomble (93)

Présentée et soutenue publiquement le

ÉTUDE CRITIQUE SUR LE PLAN PÉDIATRIQUE DES MÉTHODES D'ÉDUCATION DES FUTURES MÈRES PENDANT LA PRÉPARATION A L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR ET LORS DE L'HOSPITALISATION A LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE.

Président : Mr. R. MERGER, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), COSTE (F.), DEBRE (R.), DECHAUME (M.), GALLIARD (H.), GAUDARD D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LACOMME (M.), LAMY (M.), LAROCHE (G.), LELONG (M.), LEVY (Melle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MADURO (R.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), TURPIN (R.), VERNE (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR ..... Jean GOSSET

PROFESSEURS :

A. - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
- à titre personnel	CABROL (Ch.)
- - -	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
- à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
- - -	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	DESGREZ (P.)
- -	POLONOVSKI (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
- à titre personnel	CARTIER (P.)
- - -	DREYFUS (J.-Cl.)

MM.

Biologie médicale, à titre personnel	BOURLIERE (F.)
- - - -	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DJOURNO (A.)
- -	DOGNON (A.)
- à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
- - -	GOUGEROT (L.)
- - -	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
- -	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
- à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
- à titre personnel	LOEPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	MALMEJAC (J.)
-	PARROT (J.)
- à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1°- MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
- -	BRICAIRE (H.)

MM.

Pathologie médicale	CORNET (A.)
- -	HOUSSET (E.)
- -	LAROCHE (Cl.)
- à titre personnel	AZERAD (E.)
- - -	BOUR (H.)
- - -	BROCARD (H.)
- - -	CAROLI (J.)
- - -	FACQUET (J.)
- - -	LAMBLING (A.)
- - -	LAUNAY (Cl.)
- - -	PAYET (M.)
- - -	PERRAULT (M.)
- - -	SIGUIER (F.)
- - -	WORMS (R.)
- - -	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie & Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
- - (Broussais)	SOULIE (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
- à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
- à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
- à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)

MM.

Clinique des maladies du sang
à titre personnel (hématol.) ANDRÉ (R.)
- - - - BOUSSER (J.)
- - - - DREYFUS (B.)

Cliniques médicales
(Bicêtre DEPARIS (M.)
(Broussais MILLIEZ (P.)
(Cochin PEQUIGNOT (H.)
(Hôtel-Dieu BARIETY (M.)
(Pitié DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine BOUDIN (G.)
(- CONTE (M.)
(- KOURILSKY (R.)

Clinique médicale propédeutique (Broussais) JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) LEMAIRE (A.)
Clinique et séméiologie médicales (Antoine-Chantin) DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière) BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat) DEBRAY (Ch.)
- à titre personnel GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) HAMBURGER (J.)
- à titre personnel RICHET (G.)
- - - CROSNIER (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades) ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau) BRISSAUD (H.)
- à titre personnel LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) THIEFFRY (S.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) LAPLANE (R.)
- à titre personnel POLONOVSKI (Cl.)

MM.

Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
- à titre personnel ..... KREIS (B.)
- - - ..... MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice ..... GROSSIORD (A.)
Electroradiologie ..... LEDOUX-LEBARD (M.)
- ..... LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H.)
- à titre personnel ..... FISCHGOLD (H.)
- - - ..... TUBIANA (M.)
- - - ..... CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière) SEZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal) GAULTIER (M.)

2°- CHIRURGIE

Anesthésiologie ..... VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G.)
- - ..... KUSS (R.)
- .. .. N...
- à titre personnel ..... RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales ..... MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale ..... MONSAINGEON (A.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy) ..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
- à titre personnel ..... BREHANT (J.)

Cliniques chirurgicales .....
(Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(- ..... BAUMANN (J.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)

MM.

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) ..... POILLEUX (F.)
- - (Saint-Louis) ..... DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- - (Foch) ..... PADOVANI (P.)
- - (Beaujon) ..... CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
- à titre personnel ..... CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
- à titre personnel ..... GAUDARD D'ALLAINES (Cl.de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque) ..... LEPAGE (F.)
- - (Saint-Antoine) ..... MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
- à titre personnel ..... LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
- - (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)

C. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie ..... GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique ..... GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie ..... CHRISTOL (D.)
Bactériologie ..... LE MINOR (L.)

	MM.
Biochimie médicale	(CARTIER (P.) (GONNARD (P.) (NORDMANN (J.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	(BESSIS (M.) (BILSKI-PASQUIER (G.)
Hygiène	(BLANCHER (G.) (CORRE-HURST (Mme L.)
Médecine légale	(CECCAL (P.) (HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	(COURSAGET (J.) (GREMY (F.) (PELLERIN (P.)
Physiologie	(DURAND (J.) (GIRARD (Fr.) (HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. - PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. - PROFESSEURS ASSOCIÉS

	MM.
Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J.)

Conseiller administratif..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine) ..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs ..... Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Bibliothécaires ..... Mme CONTET (J.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À MON GRAND-PÈRE

ET MA FAMILLE,

En témoignage de mon
affection.

A MONSIEUR le PROFESSEUR R. MERGER

Qui a bien voulu me permettre de réaliser ce travail dans son service et a accepté de présider ma thèse.

Cette thèse voudrait être une contribution à l'effort important qu'il a fait dans son service et par la presse, la télévision, pour donner le maximum de valeur à l'événement qu'est la maternité dans la vie de la femme.

A MONSIEUR le DOCTEUR CHADEYRON

Assistant du Professeur LEVY
à la Maternité de l'Hôpital Foch,

et à Madame le DOCTEUR RAIMBAUD

Médecin psychiâtre Assistante
chez le Professeur ROYER, aux Enfants-Malades,

En témoignage de ma reconnaissance pour la collaboration précieuse qu'ils ont apportée à ce travail.

AU DOCTEUR DUCAS

Pédiatre de la Maternité Saint-Antoine.

AU DOCTEUR NEMETH

et à l'Equipe de préparation
de la Maternité Saint-Antoine.

J'ai pu admirer le travail de recherche qu'ils réalisent en vue d'une amélioration constante avec remise en question permanente de leur méthode. Ceci grâce à des réunions communes entre médecins, sages-femmes, psychologues, kinésithérapeutes.

Cette thèse est avant tout un hommage envers eux.

A MES PATRONS DE PEDIATRIE

qui ont soutenu mon travail,
en particulier :

le Docteur GRENINGER,

de l'Hôpital de Montfermeil,

le Docteur TUPIN,

de l'Hôpital de Meaux.

A Monsieur le Docteur CHARTIER

de la Maternité Bon-Secours.

A Madame le Docteur CAILLE.

En témoignage de ma reconnaissance
et de mon admiration à

Monsieur le Docteur SAND

de l'Université de Bruxelles,

Qui a bien voulu s'intéresser
à mon travail sous l'angle de
la nécessité de formation
psychologique des pédiatres.

ÉTUDE CRITIQUE SUR LE PLAN PÉDIATRIQUE DES MÉTHODES D'ÉDUCATION DES FUTURES MÈRES PENDANT LA PRÉPARATION A L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR ET LORS DE L'HOSPITALISATION A LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE.

****
****

L'étude de la préparation des femmes à la Maternité, sous l'angle pédiatrique, m'a orientée vers deux conclusions :

- le principe de l'enseignement de puériculture, après avoir été détruit par les psychiatres (pas de recettes, pas de conseils), doit être rétabli, mais dans une optique nouvelle : étude des besoins psychologiques actuels de la femme enceinte et de la femme qui a accouché, lesquels sont dominés par la relation mère-enfant, fondement primordial de toute activité de la mère envers son enfant.

- la préparation de la femme à sa maternité est une des grandes options parmi celles qui lui sont offertes (accouchement conscient, allaitement maternel, place du père dans la maternité, planification familiale, etc...). Les Maternités répondent à ces options de la femme par d'autres options: sont-elles en mesure de satisfaire les besoins des femmes ; sont-elles en mesure d'informer suffisamment les femmes pour ne pas avoir à imposer ces options ?

Enfin, question ultime : 40 % des femmes préparent l'A.S.D. depuis 10 ans qu'il existe ; ce chiffre n'a pas varié malgré l'évolution du public. Est-ce que les accoucheurs et les pédiatres ne viennent pas interférer leurs propres prises de position au lieu d'informer ?

I N T R O D U C T I O N

****

HISTOIRE DE MA THESE :
OU ET COMMENT EDUQUER LES MERES
POUR LEUR PREMIER ENFANT.

Ce sujet de thèse a été d'emblée encouragé par les pédiatres :

- La constatation des erreurs commises sur le plan des soins à l'enfant du fait de l'ignorance de la mère : pour ne citer que des déshydratations par erreur de régime, méconnaissance de l'urgence du traitement ; l'abandon de l'allaitement maternel dès la moindre difficulté ; dermatoses du nourrisson par faute d'hygiène.

- Deuxième aspect : l'angoisse que souvent la jeune mère ressent du fait de cette ignorance et des responsabilités qu'elle a. Cette angoisse la rend souvent trop influençable aux avis de l'entourage, surtout de sa propre mère ; d'autre part, elle modifie son comportement vis-à-vis de l'enfant.

- Troisième aspect : en effet, c'est la fréquence des troubles psychosomatiques de l'enfant que les études modernes attribuent de plus en plus au comportement de la mère vis-à-vis de son enfant.

Quel rôle l'enfant se voit trop souvent jouer dans la famille : "tampon", "ciment" d'un ménage mal uni, compensation d'une mère frustrée,

etc..., Sans déplorer, comme Simone de BEAUVOIR, qu'on fasse confiance aux femmes pour s'occuper de leur enfant, malgré leurs problèmes sociaux, psychologiques, familiaux, ne peut-on chercher à les aider déjà au moment où se noue la relation mère-enfant, c'est-à-dire lors de la grossesse. Par une prise de conscience du rôle que l'enfant joue vis-à-vis d'elle , de ce qu'elle en attend, de ce que l'enfant attend d'elle, la préparation de la femme à sa maternité est tout aussi importante que la lutte contre son ignorance sur les soins à donner à son enfant.

Ainsi, d'emblée, situons-nous la nécessité d'une préparation des femmes sur deux plans : pratique, de notions de puériculture ; psychologique, dans le sens d'une meilleure relation mère-enfant.

De même allons-nous distinguer une préparation à la Maternité, une préparation dans les P.M.I.. Mon propos sera de montrer les possibilités qu'offrent les Maternités dans ce sens.

Certaines P.M.I., en effet, se sont particulièrement tournées vers l'hygiène mentale du nourrisson (Tel le Dispensaire Masséna dans le XIIIe arrondissement de Paris), répondant ainsi aux besoins actuels des mères qui font suivre leur enfant.

Ne peut-on penser que la façon dont la femme s'occupera de son enfant est souvent préfigurée par son attitude vis-à-vis de sa grossesse ? En ce sens, la grossesse et la mise au monde sont des étapes fondamentales de l'établissement de la relation mère-enfant.

On lisait dans "Le Monde" du 21 Août 1968, à propos de l'expérience du XIIIe arrondissement dont nous venons de parler :

"Cette éducation des jeunes mères ne pourrait-elle commencer plus tôt ? Le temps de la grossesse, les consultations prénatales des dispensaires pourraient être l'occasion d'entretiens et de causeries fort utiles sur la façon d'élever un bébé".

Ainsi, mon expérience a-t-elle porté sur la préparation des femmes enceintes concernant leur enfant, dans le but de montrer la nécessité d'une telle éducation dès la grossesse et le séjour à la Maternité.

A PROPOS D'UNE EXPERIENCE D'UN ENSEIGNEMENT DE PUERICULTURE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

****

"L'intérêt de cette préparation est évidente, me disait une pédiatre, mais bien difficile à prouver".

Il s'agissait pour moi de faire la préparation de puériculture chez des femmes enceintes et de les suivre après l'accouchement en les soumettant à des questionnaires concernant leur enfant et elles.

Le Dispensaire de Melun, regroupant la préparation à l'accouchement sans douleur et la P.M.I., me permettait théoriquement cette expérience.

Méthode utilisée : causerie d'une demi-heure sur des sujets de puériculture après l'heure d'A.S.D.. Une séance hebdomadaire, et 5 ou 6 séances pour chaque femme.

Les sujets traités étaient ainsi groupés :

1- Conduite de l'allaitement maternel.

2- Allaitement artificiel - mixte ; principes de l'alimentation variée précoce.

3-4- Hygiène : toilette, bain, installation de la chambre, du lit, layette.

5- Vaccins, carnet de santé, principaux symptômes des maladies et leur signification.

6- Les relations mère-enfant : éveil de l'enfant, jeux, développement psycho-moteur.

De cette expérience de 8 mois ressortent deux aspects : - négatif,
- positif.

= Aspect négatif : pour ma thèse, en raison du délai nécessaire pour suivre chaque femme (6ème mois de la grossesse à la fin de la première année de l'enfant), et des difficultés à suivre effectivement les femmes, une statistique n'était pas possible.

= Aspect négatif pour l'expérience elle-même : cette suite d'entretiens n'"accroche" pas suffisamment les femmes, étant éloignés de leurs préoccupations actuelles.

= L'aspect positif est de plusieurs ordres :

- intérêt de la municipalité à cette expérience et création d'un poste de puéricultrice ayant en particulier en charge l'aspect éducatif des futures mères.

- prise de conscience des difficultés d'un tel enseignement, me montrant :

. la nécessité d'une expérience de la psychologie des femmes enceintes,

. la nécessité de démonstrations pratiques que la puéricultrice a tout de suite introduites à Melun,

. difficulté de l'abord des problèmes de relation mère-enfant qui se trouvaient toujours comme par hasard esquivés lors des entretiens.

- Troisième aspect positif : constitution d'une sélection des principales choses à dire aux femmes, sélection fondée sur :

. des éléments de base simples permettant de comprendre le pourquoi des choses,

. une somme de préjugés à détruire,

. quelques recettes à retenir.

Il s'agissait en effet d'apprendre le moins possible de "choses à oublier" ou à "être contredites" par le médecin traitant ; de détruire le plus possible d'idées toutes faites ; de sélectionner quelques grands principes de base, de les répéter de nombreuses fois, principes qui permettent d'éclairer ultérieurement des comportements spontanés. En somme, il s'agissait d'apprendre aux femmes à être intelligentes devant les difficultés qu'elles auraient à résoudre elles-mêmes, de leur donner des moyens de s'éclairer à ce moment-là.

Mais là encore apparaissait le caractère superficiel d'un tel enseignement qui ne tient pas compte des conditions psychologiques individuelles, ne répond pas à des questions actuelles des femmes, ne permet pas à la femme de se remettre en question dans ses comportements profonds.

En somme, créer un vernis de connaissances sur une personnalité profonde non réceptive a peu de chances d'efficacité : c'est le souci d'efficacité qui devait conduire à l'étude du terrain psychologique de la femme enceinte, et de ce fait, la remise en question des méthodes d'enseignement.

Ainsi ne m'a-t-il pas paru possible de prouver la nécessité de la préparation. Du moins devais-je chercher pourquoi elle n'était pas généralisée, si elle paraissait à tous (médecins, public) si indispensable.

Au total, cette expérience personnelle de préparation des femmes enceintes m'a montré avec évidence :

- que la Maternité paraît bien être un des lieux et moments privilégiés pour cette éducation des mères ;

- que l'enseignement de puériculture ne peut être dissocié de la préparation à l'accouchement sans douleur et avec elle doit être pensé dans le cadre d'une préparation globale à la maternité ;

- enfin, c'est à travers l'étude psychologique de la femme enceinte que l'on peut espérer faire progresser cette préparation, compte tenu d'une évolution parallèle nécessaire des techniques et de la formation des membres de l'équipe de préparation.

Dans cette étude de la préparation vue sous l'angle pédiatrique à la Maternité Saint-Antoine, je me propose d'étudier dans un premier temps :

- l'organisation actuelle de la préparation dans son programme et ses grandes options vis-à-vis de la maternité,

- la pédagogie de la préparation en ce qui concerne la relation mère-enfant,

- la valeur "activité" de la préparation,

- l'abord psychothérapique de la mère par la technique de la relaxation, l'effet de groupe, comme facteurs d'évolution, de maturation de la relation mère-enfant.

J'aborderai ensuite l'accouchement lui-même comme étape dans la relation mère-enfant pour faire enfin quelques suggestions concernant la préparation après l'accouchement.

RAPPEL SUR L'ORGANISATION PRATIQUE DE LA PREPARATION DES FEMMES A LA MATERNITE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE AVANT, PENDANT ET APRES L'ACCOUCHEMENT

****

I)- AVANT L'ACCOUCHEMENT

(Cf. "L'Accouchement sans douleur", Coll. "Que Sais-je", du Professeur R. MERGER et Docteur CHADEYRON).

Schématiquement, à partir du 6-7ème mois, les femmes inscrites suivent toutes les semaines 6 séances théoriques de trois-quarts d'heure environ, suivies ou précédées de 6 séances de gymnastique d'une heure. Il y a possibilité pour elles de suivre des séances de gymnastique en supplément.

Les séances théoriques s'organisent ainsi :

Première séance : présentation du cours. Les femmes sont conviées à noter par écrit les raisons qui les ont amenées à la préparation. Cette séance est reconnue par toutes comme particulièrement "enrichissante".

Deuxième séance : anatomie des organes génitaux, fécondation, développement de l'enfant dans ses relations intimes avec la mère.

Troisième séance : les préparatifs de la mise au monde, les premiers signes du début de travail.

Ce qu'il faut apporter à la Maternité pour la mère et l'enfant.

Quatrième séance : la mise au monde et le premier contact avec l'enfant.

Cinquième séance : l'enfant. Les préparatifs : chambre, layette, allaitement, évocation des relations mère-enfant.

Sixième séance : récapitulation. Problèmes laissés en suspens. Rhésus, Malformations sont souvent l'objet de questions. On évoque l'allaitement maternel, la contraception.

L'équipe d'enseignement

Un gynécologue, deux psychologues, une équipe de sages-femmes dont une est puéricultrice, un kinésithérapeute et des stagiaires de kinésithérapie.

Le groupe

Les mêmes femmes se retrouvent chaque semaine dans le même cours et rapidement se créent des liens pendant et en dehors des cours.

Comment se comporte le groupe ? Quelle est l'allure du cours ?

L'allure du cours théorique varie beaucoup en fonction de l'animateur, surtout pour le premier et les deux derniers cours, où la spontanéité du groupe est plus grande, la place de l'enseignement moindre. Ainsi telle sage-femme orientera vers les problèmes de layette, la préparation des biberons ; telle psychologue vers les relations mère-enfant dans la première année ; tel médecin vers les questions plus médicales concernant l'accouchement, l'enfant.

Elle varie également en fonction de tel ou

tel groupe de femmes ; la règle est de laisser au maximum la liberté d'expression dans les limites du temps et du programme.

La participation des femmes est le critère de la réussite des cours.

Le cours a bien marché :

- quand les femmes ont donné d'elles-mêmes,
- quand le médecin a été "intéressé", a "appris" quelque chose. Cette expression est capitale pour définir le rôle de l'animateur.

A côté de l'enseignement théorique prend place la séance pratique.

Les séances pratiques

La gymnastique a un rôle capital dans la préparation, tant sur le plan physique que psychologique, car elle comporte les deux aspects activité - détente de la préparation.

Elle est un moyen privilégié d'éducation du psychisme par le corps. Ceci est particulièrement vrai de la relaxation ; nous y reviendrons.

II)- L'ORGANISATION PRATIQUE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT.

Son but est de favoriser le vécu de l'accouchement comme joie de la mise au monde :

- en minimisant angoisse et douleur,
- en favorisant le premier contact avec l'enfant.

Quelques éléments me semblent fondamentaux :

1)- On ne recourt qu'en cas de nécessité expresse à l'anesthésie de longue durée.

2)- La femme est assistée en fin de dilatation par une sage-femme ou un stagiaire kinésithérapeute ayant le double rôle d'autorité et de présence attentive.

3)- La participation de la femme à l'accouchement est favorisée au maximum ; elle renferme le caractère actif de la mise au monde :

- explications sur la progression du travail,

- possibilité pour la femme de suivre dans un miroir la phase du dégagement,

- certaines sages-femmes permettent à la femme la préhension directe de l'enfant pour aider l'expulsion ;

- le contact immédiat mère-enfant avant même la toilette et l'habillement : tout particulièrement lorsque l'on pose directement l'enfant sur le ventre de la mère avant même la section du cordon ;

- le recueil des premières impressions de la mère à ce premier contact : "Voici Isabelle", "Voici Vincent".

o o

III)- ORGANISATION PRATIQUE DANS LES SUITES DE COUCHE.

Dans le séjour de la mère à la Maternité de 6-8 jours, deux activités sont prévues :

- Une démonstration pratique par une puéricultrice avec participation des femmes : bain, toilette, habillement.

Il faut noter que même les femmes n'ayant pas préparé l'A.S.D. sont conviées à cette séance, où les

femmes sont plus nombreuses (20 à 30 contre 15 à 18 à l'A.S.D.).

Des feuilles sont distribuées concernant layette, literie, conduite de l'allaitement artificiel et préparation des biberons.

- Des séances de gymnastique quotidiennes individuelles. Elles ont également une importance capitale comme la préparation physique à l'accouchement.

Ces séances sont l'objet d'échanges, de dialogues dont les moniteurs sensibilisés à ces problèmes font part aux psychologues et médecins quand cela s'avère nécessaire.

- En troisième lieu, il faut souligner le rôle important des entretiens avec l'Assistante Sociale.

= L'aspect pratique du retour à la maison, la situation familiale, sociale et professionnelle, les conditions de logement sont évoqués. Des solutions sont cherchées : garde éventuelle de l'enfant, crèches encore bien peu nombreuses et trop chères ; facilités pour faire suivre médicalement l'enfant (adresses de P.M.I., assistante sociale du quartier).

= Un questionnaire très serré commun à toutes les Maternités permet, à partir de tous ces renseignements recueillis, la constitution d'un début de dossier médico-social transmissible d'un service social à l'autre, du service social à la P.M.I. de l'Hôpital Saint-Antoine, par exemple.

- Enfin, il faut souligner le rôle des infirmières qui font en grande partie l'initiation pratique des femmes auprès de leur enfant, renseignements sur le poids, l'aspect des selles.

C'est d'elles aussi que dépend la mise en route de l'allaitement maternel avec tout ce que cela comporte comme surcharge de travail pour compléter des tétées insuffisantes au départ, prévenir

les femmes des petites difficultés à venir : crevasses du sein, baisse de la sécrétion lactée au 8-10ème jour, etc.

Tous ces gestes pratiques que la femme doit refaire chez elle avec toute l'appréhension du contact de ce petit être "fragile", elle s'y prépare dès la Maternité grâce aux infirmières : c'est même l'essentiel de l'enseignement que la mère attend de la Maternité après l'accouchement.

Peut-on utiliser mieux encore ces 6-8 jours pour préparer la femme : je le crois. Seule une expérience sur place de cette préparation permettra de définir ce qu'on peut faire au maximum pour les femmes dans les suites de couche.

o o

Telle est l'organisation pratique actuelle à Saint-Antoine.

Nous allons étudier maintenant les caractéristiques de la préparation : pédagogie, aspect activité, la relaxation, le groupe.

La pédagogie en premier lieu.

LA PEDAGOGIE DE LA PREPARATION

****

La pédagogie de la préparation a pour but de faire dépasser à la femme le but unique de l'accouchement sans douleur pour la préparer à la relation mère-enfant dès la grossesse.

La relation mère-enfant se fait dans une maturation progressive de la mère, maturation dont la femme doit prendre conscience grâce aux échanges dont la préparation est l'occasion.

Nous envisagerons successivement :

- le questionnaire du premier cours,
- la symbolique du langage descriptif utilisé,
- l'importance de l'aspect des relations mère-enfant dans la description des phénomènes physiologiques de la grossesse,
- comment la femme ressent sa grossesse : le vécu de la grossesse,
- l'enfant dans les deux derniers cours.

LE QUESTIONNAIRE DU PREMIER COURS : POURQUOI ETES-VOUS VENUE A LA PREPARATION.

Les réponses sont rédigées par écrit et proposées anonymement au groupe.

- Sur 15 réponses, parfois, le mot enfant n'est pas prononcé : les femmes viennent pour "réussir leur accouchement", pour "être au courant" de ce qui

concerne leur accouchement. Peu de réponses disent "pour ne pas souffrir", mais la plupart "pour souffrir moins".

- Ailleurs, elles désirent accoucher "au mieux pour la mère et l'enfant".

- Enfin, quelques-unes : "le plaisir de voir naître mon enfant".

Notons la progression dans la maturation que supposent ces réponses et le vocabulaire employé : article ou adjectif possessif. Ceci est d'autant plus significatif qu'elles sont entre les 6e et 7e mois de la grossesse.

Or, à côté de ces réponses-type, des réponses particulières auxquelles il faut accorder la plus grande attention ; nous y reviendrons.

Ce premier cours où les femmes prennent conscience de leurs motivations, les unes par rapport aux autres, est absolument fondamental. Il amorce en même temps le dialogue et la connaissance des autres.

Les cours suivants sont des cours d'enseignement.

o o

La symbolique du langage descriptif utilisé vise à créer une représentation attrayante, donc affectivement positive, pour tout ce qui concerne l'enfant.

Ainsi, à propos de la fécondation, parle-t-on de la "caresse" des franges sur l'ovule ; de "l'union amoureuse" des deux cellules. Le placenta est un "berceau confortable" où la mère dépose "amoureusement" son enfant.

L'analogie sexuelle-maternelle du lien affectif déjà créé est assez évocatrice. Cette coloration affective du langage est l'image de ce que l'esprit maternel peut emprunter à une sexualité épanouïe.

La façon d'aborder les problèmes de la fécondation doit être simple, directe : on fait répéter aux femmes des mots jusqu'ici fréquemment "tabous" : vagin, utérus, ovaire, dans la description des schémas du tableau.

La description des phénomènes physiologiques de la grossesse est envisagée dans l'optique relation mère-enfant.

L'enfant est contenu dans l'utérus : il est "protégé" par la poche des eaux. Il n'est pas un organe de la mère : il participe de la vie de la mère par le cordon ombilical. On insiste sur tous ces phantasmes fréquents de la femme. L'enfant n'intoxique pas la mère ; il ne la vide pas de son sang.

Le développement de l'enfant est peu décrit dans son aspect anatomique, embryologique simple : certaines femmes auraient été choquées d'une représentation "monstrueuse" de leur enfant. Par contre, on insiste sur le développement des sens : l'enfant entend les bruits du coeur ; il participe de l'émotion de la mère lors de l'accélération du rythme. J'ajouterais volontiers à cela la participation de l'enfant à tout le tonus musculaire de la mère, ceci à propos des études de SPITZ sur lesquelles je reviendrai. Comment les courants positifs ou négatifs de la mère vis-à-vis de son enfant ne se transmettaient-ils pas ; non de la façon dont le tonus neuro-psychique se transmet à un organe : l'enfant n'est pas un organe, mais comme il se transmet de la mère à l'enfant qu'elle tient dans ses bras. La mère porte réellement son enfant.

On est frappé de l'absence de parallélisme entre la description de l'enfant au stade embryologique où il est, et l'image que les femmes en ont : ainsi telle femme ayant avorté au troisième mois dit avoir "perdu son enfant" ; telle autre, au septième mois, n'a encore aucune représentation "humaine" du sien. C'est bien souligner qu'il ne faut pas trop attendre d'une description qui s'adresse à l'imagination, mais bien plutôt chercher ce qui peut favoriser les liens positifs. Je pense qu'il ne faut cependant pas laisser les femmes dans l'ignorance des grandes phases du développement de l'enfant.

La description des mouvements de l'enfant, le retournement au huitième mois, que la mère peut plus ou moins suivre elle-même, sont très importants : elles ont parfois elles-mêmes reconnu les repères de la tête, du dos : tout ceci aide à la prise de conscience de l'enfant.

Enfin, on en arrive à la description de la mise au monde : on parle du conflit entre les forces de rétention (désir de prolonger un état gratifiant, un état de plénitude) et forces d'expulsion (fatigue, désir de voir l'enfant enfin né), et de l'angoisse qui en résulte. Cette angoisse sera maxima en fin de dilatation, période la plus douloureuse de l'accouchement.

Le phantasme de l'effraction est détruit : l'enfant ne "force" pas le passage : c'est la mère qui le laisse passer. C'est elle qui le met au monde.

La mise au monde est décrite comme un événement formidable pour la femme : la phase d'expulsion représente à elle seule, symboliquement et effectivement, toute la maternité. La joie d'avoir mis au monde son enfant représente une promotion pour la femme, un dépassement d'une situation ancienne. D'où l'importance de vivre consciemment et activement cette phase.

A tous les cours, les femmes sont conviées à participer de leurs questions, leurs expériences. Comment vivent-elles leur grossesse ?

La préparation permet à la femme de prendre conscience de ce que la grossesse représente pour elle, ce qu'elle attend de la préparation, le type d'aide qu'elle est venue y chercher. Au questionnaire du premier cours devrait s'associer un questionnaire du dernier cours pour savoir si elle a obtenu ce qu'elle désirait !

Nous avons vu qu'elle peut déjà situer par rapport aux autres femmes le niveau de maturation où elle est : la préparation n'aura d'autre but que de déplacer la motivation initiale (douleur, accouchement), vers l'enfant, son enfant.

Souvent, le questionnaire initial témoigne d'un blocage : telle femme était venue à la préparation à Saint-Antoine parce qu'on donnait des ceintures de grossesse. En approfondissant, on apprit qu'elle avait été très bouleversée par une fausse-couche antérieure attribuée au refus de son médecin à donner des ceintures de grossesse. Elle comprit rapidement que la gymnastique tenait lieu de ceinture de grossesse. Cette simple phrase lui avait permis de se libérer de son angoisse, et ceci parce que la préparation lui avait permis de parler.

La façon dont la femme évoque les mouvements de son enfant est significative de ce qu'il représente pour elle. Ainsi, après la phase d'angoisse du début (contraction ou enfant ?), elle en reçoit le plus souvent une impression agréable, sécurisante. Elle projette déjà une personnalité à l'enfant : "il s'amuse", "il joue", "c'est un petit lutin" ; ou bien : "ce n'est pas comme le premier sa manière de bouger". Et même : "on ne le fait pas bouger comme on veut". Le caractère spontané des mouvements confère une personnalité à l'enfant.

En réalité, c'est dans l'expression des

phantasmes qu'apparaît réellement le vécu de la grossesse. Et c'est le mari, plus que le groupe, qui en est le témoin. Il apparaît également dans tout dialogue au sujet de l'enfant : ce dialogue avec l'entourage de la mère, la préparation l'enrichit et le complète dans la mesure où elle répond aux préoccupations actuelles de la femme.

Ainsi, que ce soit avec le mari, l'entourage ou la préparation, c'est dans le dialogue que la femme a déplacé progressivement ses préoccupations d'elle-même vers son enfant. Une fois les sujets d'inquiétude concernant l'accouchement évoqués, c'est tout naturellement de l'enfant qu'il va être question.

o o

L'ENFANT DANS LES DEUX DERNIERS COURS

La femme commence à identifier l'enfant qu'elle attend, l'enfant qu'elle va mettre au monde, le bébé qu'elle imagine dans son berceau, sa chambre, avec les vêtements qu'elle a déjà préparés.

Les questions des cours 5 et 6 témoignent de l'intérêt de plus en plus grand à l'enfant.

Deux sortes de questions intéressent surtout les mères :

- Tout ce qui a trait à la "nidation", bien que souvent tout soit déjà prêt pour l'enfant : la layette, le lit, l'aménagement de la chambre sont constamment évoqués.

A chacune des questions pratiques, on donne une réponse double : point de vue de l'hygiène, point de vue psychologique ; par exemple, intérêt de la chambre particulière, intérêt de laver l'enfant avec la main; de le regarder prendre le biberon ; de laisser la liberté des mouvements, d'où nécessité de vêtements larges et suppression du lange dans la journée.

- L'autre type de questions concerne l'enfant directement :

. le sexe,
. le rhésus,
. les anomalies possibles.

Elles manifestent le désir de "savoir avant" comment sera l'enfant. Il faut faire exprimer aux femmes la signification de leur question.

- Une question que je n'ai jamais entendue poser par les femmes, c'est la question de l'allaitement maternel. Probablement s'agit-il d'une de ces questions "à prise de position" comme la contraception sur lesquelles les femmes, ou bien n'attendent pas de conseils, ou qu'elles ont des réticences à évoquer. J'y reviendrai.

Il faut faire, à propos de ces deux cours consacrés à l'enfant, plusieurs remarques :

- le désintérêt des femmes pour un enseignement trop systématique, trop didactique de puériculture, ne répondant pas - encore - à leurs préoccupations du moment. Je veux parler de sujets trop "lointains" comme la conduite de l'allaitement artificiel, les vaccinations, les symptômes de maladies.

- leur intérêt spontané à ce qu'il faut préparer pour l'enfant ; comment sera leur enfant.

- Mais il reste un chapitre qu'il faut, à mon sens, savoir aborder systématiquement : celui qui concerne les premiers soins de la mère envers son enfant aussitôt après la naissance, à la Maternité : à cet égard, il faut évoquer les difficultés de mise en route de l'allaitement maternel, le comportement du nouveau-né dans les premiers jours (selles, ictère, sommeil). J'y ajouterai qu'il faut leur apprendre à savoir demander de participer aux soins de l'enfant dès que ce leur sera possible.

- Dernière remarque à propos de cet enseignement de puériculture avant la naissance : étant donné son caractère partiel, voulu ainsi pour être

mieux adapté aux besoins actuels de la femme, il va de soi que cet enseignement doit se poursuivre après la naissance, quand les préoccupations de la mère seront tout entières tournées vers l'enfant. Ce que j'appellerai cette "politique du moment présent" est l'élément essentiel de notre dynamique de groupe.

Au total, nous voyons combien la préparation à l'Accouchement sans douleur, uniquement dans son aspect d'enseignement, peut être exploitée au maximum pour favoriser la relation mère-enfant pendant la grossesse, lors de la mise au monde, dans les premiers soins à l'enfant.

En fait, et c'est là notre deuxième question : pouvons-nous espérer faire évoluer en profondeur les femmes par notre enseignement ? Par les six cours qui composent cet enseignement ?

Je répondrai à cette question fondamentale :

- oui, si l'on considère la préparation comme un des éléments d'une démarche active de la femme vers une maternité plus "responsable" ;

- oui, si on utilise le groupe, la relaxation comme des techniques pour aborder plus en profondeur l'évolution propre de chaque femme ;

- oui, si on accepte de poursuivre l'aide à la femme lors de l'accouchement et dans les suites de couches.

Nous allons envisager successivement ces aspects.

o o

L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR, C'EST UNE ACTIVITE OFFERTE AUX FEMMES ENCEINTES.

Cette activité comporte un véritable dérangement :

- une matinée par semaine à partir du 6-7ème mois pendant 6 semaines, parfois plus.

Elle s'exerce sur plusieurs plans :

- physique : gymnastique, relaxation ;
- intellectuel : par l'enseignement et les ouvertures qu'il implique ;
- social : rencontre des femmes entre elles ;
- manuel et pratique : après l'accouchement ;
- psychique enfin : cette activité est en effet le témoin d'un esprit actif ; c'est la femme qui met son enfant au monde. Elle s'y prépare, elle le fait naître, elle l'élève. La préparation n'a d'autre but que de le lui en faire prendre conscience.

Le deuxième aspect de l'activité, corollaire de cette prise de responsabilité de soi-même et de son enfant, c'est l'accès à l'indépendance vis-à-vis de l'équipe de préparation : l'enfant devient la cause et le but de cette activité dans la démarche progressive que nous avons envisagée. Ce n'est plus pour "faire plaisir" à son médecin ou sa sage-femme que la femme fera bien ses mouvements de gymnastique.

L'activité est bénéfique dans les moments de "régression" de la fin de grossesse (fatigue + narcissisme). Luttant contre la passivité des forces de rétention, elle favorise les forces d'expulsion. Ainsi donne-t-elle le maximum d'atouts positifs à la femme contre ce que CHERTOK appelle sa "négativité". Enfin, elle favorise l'évolution des liens avec l'entourage familial parallèlement avec les liens qu'elle crée dans le groupe.

Au moment de l'accouchement, l'activité proposée à la femme "inhibe" en partie la douleur et l'angoisse. Cette participation directe (miroir, préhension) favorise dans une activité globale de l'esprit l'effacement d'obstacles tels fausse prudence (peur de soi), appréhension du contact de l'enfant (peur de l'autre). S'identifiant avec l'accoucheur ou la sage-femme, elle fait ainsi disparaître toute relation de dépendance.

Après l'accouchement, l'activité comble les moments de dépression ou de solitude en préparant directement la mère aux soins de l'enfant ; nous y reviendrons.

Ainsi, par l'activité, la préparation libère la femme d'elle-même, de sa dépendance vis-à-vis de l'équipe de préparation, en la motivant vers l'enfant, en la rendant responsable de son enfant.

Nous avons déjà parlé de motivations à propos des raisons qui avaient amené les femmes à la préparation.

L'activité est une bonne réponse à l'angoisse qui perce sous toute motivation. Ici une parenthèse s'impose au sujet de la réponse à l'angoisse, et le type de recrutement des femmes qui viennent à la préparation.

L'angoisse rencontre chez les femmes plusieurs réactions :

- soit la fuite ou l'ignorance : l'anesthésie volontaire en est souvent un exemple ;

- soit l'activisme : la femme est en compétition permanente avec les autres et soi-même, dans tout ce qui est activité : elle est souvent incapable de réaliser sa relaxation.

Par la connaissance des lois qui commandent la physiologie de la grossesse et de l'accouchement ; par la connaissance des difficultés des

autres ou des éléments de psychologie de la femme enceinte, la femme ne pourrait-elle acquérir une maturation psychique qui lui permet de dominer mieux ses propres problèmes ? A ce titre, la préparation ne devrait-elle pas apporter des données de psychologie au même titre que des données de physiologie, la maternité se situant, nous l'avons reconnu au départ, sur les deux plans physique et psychique.

L'aspect positif en faveur d'une action en profondeur : la relaxation.

L'activité dirige vers l'extérieur les préoccupations de la femme ; la relaxation l'aide à vivre sa grossesse.

La relaxation occupe environ un tiers de l'heure de gymnastique hebdomadaire. De retour chez elle, la femme doit la pratiquer ; en fait, il y a toujours une catégorie de femmes qui ne trouvent pas chez elles la disponibilité intérieure pour cette relaxation, alors qu'elles font en excès les exercices actifs.

Malgré son caractère limité dans la préparation, la relaxation a un rôle fondamental : elle réalise une éducation psychique par l'intermédiaire du corps.

Je n'insisterai pas sur les modes d'action. Schématiquement :

- l'un agit par suggestion : la femme concentrée sur tel point de son corps en transforme peu à peu le tonus musculaire et psychique. Je l'appellerai "en circuit fermé".

- l'autre "en circuit ouvert" : la femme prend conscience et exprime les résistances qu'elle rencontre au cours de la relaxation.

Dans la préparation, l'une et l'autre méthodes sont utilisées. On apprécie une bonne relaxation sur :

- le comportement général de la femme : le "spécialiste" juge du premier coup d'oeil l'état de

relaxation de chacune ;

- la sensation de "membre lourd" ;

- l'expression de malaises ou besoins et leur répétition au cours des séances ;

- les impressions spontanées ou provoquées par des questions pendant et après les séances.

La demande d'aide psychologique au terme de la relaxation a un caractère toujours limité : les moniteurs proposent la rencontre d'un psychologue. La moitié des femmes selon certains, moins d'un cinquième selon d'autres se rendent aux consultations.

Cet échec confirme encore l'implication double - somatique et psychique - de la relaxation.

Le pouvoir thérapeutique en une durée si courte de la relaxation tient à ce qu'elle s'exerce sur le terrain particulier de la femme enceinte. La femme enceinte vit une crise de maturation avec les deux aspects régression - progression que comporte cette crise. La relaxation, comme toute technique psychothérapique, aura d'autant plus d'action que le vécu de cette déstructuration - restructuration de la personnalité sera plus grand.

La relaxation joue le rôle de "révélateur" de l'intensité de cette crise ; en effet, la tension psychologique se transmet dans le tonus musculaire. Le tonus est, selon le terme d'AJURIAGUERRA, "le sismographe qui enregistre l'état de tension ou d'apaisement. Mais non seulement il mesure, mais se mesure et se découvre".

A travers son corps, la femme reconnaît sa tension intérieure. On peut appliquer à la femme enceinte cette expression de l'auteur (LEMAIRE : La relaxation) : "réaction tonique d'un corps "donnant" ou d'un corps "refusant"".

L'enfant est, plus que l'accouchement en soi, psychothérapie pour la mère. L'événement est non la naissance, mais l'établissement de la relation triangulaire père - mère - enfant.

Ceci suppose une restructuration affective profonde : c'est en ce sens que la maternité sera psychologique autant que physique. La femme résout son complexe d'Oedipe à son premier accouchement si elle réalise à ce moment-là sa maturation affective grâce à son enfant. En fait, souvent les femmes restent infantiles à leur 2ème-3ème enfant : la naissance n'est pas le processus magique pour la mère ; elle est l'occasion d'une crise de maturation apportant plus ou moins d'éléments du conflit archaïque. La relaxation, répétons-le, joue pour la femme le rôle de révélateur de cette crise.

Ainsi, tout progrès de la maturation affective de la mère est favorable à l'enfant. L'enfant sera accueilli dans le couple parental.

Cette maturation se traduit dans le tonus musculaire : nous avons vu à propos de la relaxation la traduction de la crise. L'attitude affective de la mère vis-à-vis de son enfant se traduit dans son état tonique. Les études de SPITZ ont montré l'influence de l'attitude affective de la mère non seulement sur les progrès de l'enfant, mais sur l'état tonique de celui-ci. A l'état tonique de la mère répond l'état tonique de l'enfant.

"L'enfant, dit LEMAIRE (p. 68), s'exprime dès la naissance par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces et gesticulations où parle tout le corps ; il réagit aux stimulations et interventions extérieures par l'hypertonie ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est déjà par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend".

Ainsi l'expression tonique précède l'expression orale et l'on pourrait extrapoler les observations de SPITZ et LEMAIRE à la période utérine. Les relations ne sont-elles pas encore plus étroites à ce moment-là et plus riches de ce type d'expression ?

En tout cas, cette étude doit nous confirmer dans l'importance à donner à la relaxation, à la fois pour la mère et l'enfant, lors de la grossesse.

La deuxième cause de l'efficacité de la relaxation, c'est l'effet de groupe : ce qu'une femme ne peut réussir seule avec un moniteur, souvent en groupe elle le réussira.

Nous en arrivons à notre troisième critère d'action : le groupe.

o c

LE GROUPE

L'enseignement, l'activité, la relaxation pratiqués en groupe voient leur efficacité multipliée. Le groupe favorise l'expression et la discussion, introduit l'émulation, induit le calme de la relaxation.

Le groupe favorise l'expression de soi-même du fait de l'exemple des autres, de l'entraînement mutuel. Il permet de faire évoluer des prises de position davantage que le dialogue médecin - femme enceinte.

Ainsi, sur le sujet de l'allaitement maternel : si on essaye de persuader une femme directement, on aboutit rapidement à l'échec. Dans la discussion en groupe, par un phénomène d'entraînement par les anciennes, les hésitantes se décideront.

Bien sûr, l'influence du groupe est ambivalente et c'est à l'animateur de diriger la discussion, de s'assurer qu'elle se poursuit dans un

climat positif.

C'est au terme de la discussion et après l'exposé des différentes prises de position que l'animateur intervient en donnant, non sa propre prise de position, mais une information concernant les problèmes soulevés par le groupe. C'est grâce à ce libre jeu de discussion que la question posée devient la question du groupe : la réponse donnée prend de ce fait plus de poids.

Tout ceci est bien théorique : en une heure, on fait ce qu'on peut. L'important est de tenter de garder l'esprit de cette dynamique de groupe.

Le deuxième aspect du groupe : c'est l'émulation. Bienfaisante, elle ne doit pas être exagérée. On évite de l'utiliser, et même bien souvent on tente de rassurer les femmes qui ne réussissent pas leurs mouvements aussi bien que d'autres.

Ainsi, l'aspect essentiel du groupe, c'est la rencontre entre elles de femmes ayant une expérience commune.

Le groupe a en effet ce rôle essentiel : il permet la transmission d'une expérience des femmes ayant eu des enfants aux autres ; ceci dans un esprit d'optimisme, de confiance, de joie de leur maternité, d'entraide réciproque et spontanée. Ce qui est essentiel dans cet esprit, c'est qu'apparaisse le plaisir d'une mère à s'occuper de son enfant.

"La méthode, dit AJURIAGUERRA à propos de la relaxation, agit chez l'individu davantage par ce qui se passe en lui en présence d'autrui que par ce qui se dit". Autrui, en l'occurrence, c'est moins le moniteur que le groupe des femmes enceintes : c'est par rapport aux autres femmes que chacune situe sa propre expérience, non par rapport à une idée qu'on lui donne d'elle. Il se forme en quelque sorte un vécu collectif de la grossesse. Cette rencontre semble plus valable que la connaissance des lois psychologiques théoriques dont je

parlais auparavant.

Enfin, soulignons-le, la préparation en groupe libère la femme d'une relation de dépendance trop exclusive avec le médecin ou la sage-femme. Ici il faut évoquer la place du mari à la Maternité et particulièrement dans le groupe. On ne peut plus laisser de côté ce problème de la place du mari sans ôter à la femme une chance formidable d'être soutenue pour l'ensemble des étapes qu'elle a à traverser. La place du mari se fera parallèlement au souci des médecins de ne pas garder les pères dans une relation de dépendance infantile vis-à-vis d'eux-mêmes.

o o

LA PRESENCE DU MARI A LA MATERNITE

La maternité est réellement l'oeuvre commune du mari et de la femme depuis la fécondation jusqu' après la mise au monde

La préparation insiste sur le rôle du mari à tous les stades de la maternité : la fécondation de la cellule femelle par la cellule mâle montre la part égale du père et de la mère ; la cellule mâle apporte seule le chromosome Y permettant de donner un garçon.

Le mari est mis au courant de ce qui se dit à la préparation. Il participe, par ses constatations, le dialogue, à toutes les étapes du développement.

Malheureusement, il est encore trop exceptionnellement accepté en salle de travail. Le mari se sent gênant dans les Maternités.

Je crois que l'on n'a pas assez repensé le problème de l'efficacité plus grande de la préparation en y associant le mari. C'est lui qui est le plus souvent le témoin des phantasmes de la grossesse ; il est le plus sûr garant de l'issue de la crise de

maturation vers une acceptation joyeuse de l'enfant. Sans lui, sans son appui, même tacite, toute préparation est vaine.

Il faut discuter la présence du mari :

- à la préparation elle-même,
- à l'accouchement.

On ne peut complètement dissocier les deux.

Les femmes souhaitent en majorité la présence du mari à l'accouchement (sauf certaines pour raison de fausse pudeur inavouée ou hésitation du mari devant les réticences de sa femme). Les maris en effet souhaiteraient également y assister, mais étant préparés. On conçoit que l'absence de cette préparation rende non seulement inutile, mais gênante la présence du mari en salle de travail.

Il faut donc repenser le problème de la présence du mari en salle de travail avec une préparation préalable, et ceci de façon urgente. Toute solution de facilité visant à exclure le mari, invoquant des raisons matérielles ou administratives, doit être reconnue comme anti-éducative.

Il faut repenser le problème - pour les couples qui le désirent - et introduire le mari dans les salles de travail, non à la sauvette, mais par la grande porte, avec un rôle à y jouer.

LES OPTIONS DE LA FEMME QUI VA ACCOUCHER

****

Les options de la femme qui va accoucher conditionnent souvent son choix de la Maternité.

Ces options sont d'importance différente. Mais le problème est de savoir si la Maternité est en mesure de les satisfaire. Elles supposent une acceptation préalable de l'enfant liée à une situation sociale et familiale correcte :

1)- choix d'accoucher ou non consciemment ;

2)- choix de suivre la préparation à l'A.S.D. Ceci présuppose réellement le choix d'un accouchement conscient.

3)- importance donnée à la présence du père :

- à l'accouchement,
- à la préparation,

qui peut être remplacée par le désir de la présence d'un moniteur en salle de travail.

4)- choix d'allaiter ou non au sein ;

5)- accord ou refus d'envisager la contraception;

6)- pour les suites de couches : présence de l'enfant à leur côté.

Aux désirs des femmes doivent répondre les Maternités.

Avons-nous à modifier les options fondamentales des femmes ? Est-ce le rôle de la préparation ?

Il semble que la question ne devrait pas se poser :

- si l'information était bien faite : les expériences favorables étant un argument indiscutable en faveur d'une méthode.

- si les Maternités étaient en mesure de ne pas obliger à des règles difficiles sans apporter toutes les facilités possibles en compensation. Je pense à cet égard aux recherches sur les analgésiques. Je pense également aux encouragements qu'on devrait donner aux mères ayant des difficultés à démarrer un allaitement au sein ; ou à la présence du père dont nous avons parlé. Il s'agit d'établir une grande souplesse dans les applications de façon à ne pas laisser la femme dans l'anxiété à l'idée d'une difficulté possible.

Faut-il ou non accepter que ces options existent ? Là est le premier pas vers une attitude compréhensive de chaque cas particulier.

LA MISE AU MONDE PAR LA FEMME PREPAREE

****

Un des grands buts de la préparation, c'est de permettre un accouchement conscient dans les meilleures conditions obstétricales et psychologiques. Les femmes désirent "profiter" de la préparation et assister à leur accouchement. C'est une des grandes options positives de leur maternité dans le sens d'une prise de responsabilité en soi. Ainsi la mise au monde est d'abord une activité favorisant la maturation psychologique de la femme et le bien de l'enfant.

Si la maternité au sens large réalise une mise au monde "permanente" de son enfant, la mise au monde proprement dite permet la transition entre les deux situations émotionnelles que comporte la maternité : l'angoisse d'accoucher, l'angoisse d'assumer au mieux les soins de l'enfant. La préparation diminue la charge émotionnelle à la fois de l'accouchement, "cette situation effrayante puisque inconnue", et de l'arrivée de l'enfant. Elle assure la continuité entre ces deux états émotionnels grâce au vécu de la mise au monde et des premières relations avec l'enfant.

La relation mère-enfant va évoluer également au cours de la mise au monde qui concrétise le passage de l'amour narcissique de la grossesse vers l'amour plus oblatif de l'enfant né. Il est capital pour la femme de vivre cette évolution de sa relation avec son enfant. La mise au monde permet le vécu de la continuité entre l'enfant du dedans et l'enfant

du dehors. C'est le vécu du passage de l'enfant qui permet cette identification. Le contact cutané vécu au cours de l'expulsion, le déclic du bras sur la cuisse, et ensuite le contact immédiat sur le ventre à l'emplacement même où l'enfant se trouvait : tout ceci permet à la femme de vivre dans la continuité ses deux types de relations avec son enfant. Ce moment crucial de l'évolution de la relation mère-enfant va culminer dans la première réaction de la mère à l'audition du cri de son enfant et à sa vue.

Ainsi, si la dilatation permet à la femme de sentir son corps "s'ouvrir" (contre le phantasme de l'effraction), l'expulsion lui permet de vivre le passage de l'enfant dans la continuité de contact (contre le phantasme de non-identification des deux enfants).

L'anesthésie (gamma-OH), pratiquée chez des femmes préparées pour des raisons obstétricales, a rencontré chez elles une grande déception : il leur a "manqué" quelque chose. Elles ont l'impression de "ne pas être de vraies mères" : sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'enfant. A ces phantasmes s'ajoutent ceux dont nous avons parlé : "mon enfant n'est pas à moi", "on m'a changé mon enfant".

Il apparaît bien que la femme privée par l'anesthésie du vécu de la dilatation, de l'expulsion et de la première reconnaissance de son enfant, a plus de difficulté à établir une relation normale avec son enfant et en souffre à la fois pour soi et pour lui.

L'idéal serait, bien sûr, de diminuer la douleur et permettre le vécu plus intensif de cette première relation. Peut-être cela reste-t-il deux désirs inconciliables, comme le remarquait déjà Hélène DEUTSCH.

o o

Nous avons souligné déjà à maintes reprises l'importance du dialogue avec l'entourage pour formuler le vécu de la grossesse. Pour l'accouchement, une présence est recherchée par la femme comme indispensable au même titre que l'équipe de préparation lui était indispensable. Certaines femmes n'hésitent pas à recommencer la préparation à chaque grossesse pour s'assurer de cette aide à l'accouchement (réservée aux femmes qui ont suivi la préparation).

Pendant le travail et la fin de la dilatation, où la phase de régression est la plus forte (douleur, angoisse, fatigue), le moniteur ou la monitrice l'aident à maîtriser son "moi" grâce à une attitude ferme et l'application des exercices musculaires et de la respiration. Parallèlement, le moniteur joue le rôle capital de témoin des angoisses, difficultés, puis joies de mère.

Cette aide nécessite la présence d'une personne différente de la sage-femme en train d'opérer, et qui ait une formation de kinésithérapie et de psychologie de la relation mère-enfant.

On peut se poser ici la question de la formation que devrait avoir le père s'il était amené à jouer ce rôle de "moniteur" auprès de sa femme.

o o

Au terme de cette étude sur la préparation des femmes enceintes, nous pouvons dégager quelques conclusions principales :

1)- La relation mère-enfant existe déjà pendant la grossesse :

Elle existe grâce à la perception directe de la réalité de l'enfant (mouvements actifs, volume de l'enfant), réalité que le père peut partager.

Elle existe dans le monde phantasmatique de la femme : de "l'enfant-organe" à l'enfant déjà

autonome ; de "l'enfant-monstre" à "l'enfant-héros".

2)- La place du père paraît essentielle dans la préparation :

La préparation enrichit le dialogue des parents au sujet de l'enfant, préparant ainsi la relation triangulaire.

C'est en réalité le mari, plus que le groupe de préparation, qui est le témoin des phantasmes de sa femme.

Le dialogue autour de l'enfant permet la jonction entre le monde phantasmatique et la réalité vécue de la grossesse. Mais ce dialogue se situe hors de la préparation, dans le milieu affectif de la femme. Une bonne préparation doit assurer la présence du mari à tous les stades de la maternité (préparation, accouchement en particulier).

3)- L'accouchement est une étape - capitale - de la relation mère-enfant.

La "mise au monde" est physiquement comme psychologiquement le passage de "l'enfant du dedans" à "l'enfant du dehors".

C'est la mise au monde consciente qui permet la continuité du contact dans le ventre et sur le ventre. Il y a ainsi coïncidence entre les deux enfants : il n'y a pas "perte" de "l'enfant du dedans".

4)- Par son activité - pendant la grossesse, lors de la mise au monde -, la femme favorise sa promotion personnelle, structure sa relation avec son enfant.

5)- Pendant sa grossesse et à travers la préparation s'élabore, pour la femme, une prise de conscience des grandes options de sa maternité :

- accouchement vécu consciemment et préparé,
- place de l'enfant dans la famille, dans sa vie ; rôle du mari dans l'ensemble de la maternité ;
- allaitement maternel et temps effectif prévu pour l'enfant ;

- planification des grossesses.

6)- La préparation ne cesse pas, avec l'accouchement, mais doit se poursuivre dans les suites de couches.

LES SUITES DE COUCHES

****

Les suites de couches constituent une période de dépression. La femme était en situation "intéressante". Par l'accouchement, elle perd cette situation. Qu'elle l'ait ressenti comme une plénitude ou une charge, c'est toujours une perte sur le plan physique et psychologique.

La dépression et l'angoisse des suites de couches sont l'expression de ce manque.

Comment rendre à la femme l'intérêt à elle-même et à son enfant : tel est le problème posé à la Maternité.

Deux activités viennent jouer ce double rôle : la gymnastique post-natale, l'apprentissage des soins de l'enfant.

- La gymnastique post-natale, par sa valeur psychothérapique dans la "restructuration du corps".

- L'apprentissage des soins à l'enfant, surtout axé sur l'apprentissage de manipulations de l'enfant, du contact de l'enfant, dont une expression privilégiée est l'allaitement maternel.

Remarquons dès maintenant l'importance des mots-clés de contact, de coups, d'où la si grande valeur à donner à la rééducation par le contact corporel.

Au fond, il ne s'agit là que de restructurer la femme dans sa double dimension sexuelle et mater-

nelle. Confiance en elle-même, joie de s'occuper de son enfant en sont les bénéfices directement ressentis.

o o

Une étude pratique complète de la préparation des femmes dans les suites de couches reste à faire. Cependant, nous pouvons suggérer quelques propositions dans l'esprit de la préparation avant l'accouchement.

- Il faut exploiter au maximum le temps libre des femmes dans les suites de couches.

- Dès la 48ème heure, grâce au lever précoce, il est possible de pratiquer en groupe un certain nombre d'activités ; ceci est vrai aussi bien des exercices physiques que de l'apprentissage de la puériculture. Comme le dialogue dans le groupe avant l'accouchement, le dialogue en groupe après l'accouchement pourrait être utilement organisé.

- Il faut préciser en quoi consiste cette rééducation pour le corps et cette initiation à la puériculture, compte tenu des besoins actuels des femmes dans les suites de couches.

A ce sujet, je vais souligner quelques idées :

- A propos de la restructuration du corps grâce à la gymnastique post-natale, une étude doit être faite à propos des phantasmes de la jeune accouchée : amputation de soi-même, détournement de l'intérêt de l'entourage vers l'enfant, impression d'être "déformée", différente de soi-même et peur de ne plus être la même pour son mari. Tous ces phantasmes se traduisent par la dépression. Il s'agit moins de fatigue que d'une impression d'atteinte de son intégrité corporelle et par là de son pouvoir de plaire.

C'est dire l'importance de la gymnastique post-natale, qui dépasse le premier but d'éviter

les complications emboliques et le relâchement musculaire abdominal et permet à la femme de se revaloriser, se restructurer. La femme a besoin d'avoir confiance en elle et en sa force, elle doit être d'abord sûre de sa force sexuelle pour pouvoir donner à son enfant d'elle-même.

- Le deuxième point a trait à la relation de la femme avec son enfant. Il s'agit moins d'un apprentissage de la puériculture théorique que d'un apprentissage du contact de la mère avec son enfant.

Le grand principe de la préparation est d'atteindre le niveau actuel d'angoisse de la femme : ce niveau d'angoisse chez la jeune accouchée, c'est d'une part l'intégrité de son corps ; c'est d'autre part l'appréhension du contact de son enfant.

L'apprentissage du contact de l'enfant avec la collaboration des infirmières, et l'allaitement maternel, sont les deux principales activités répondant à ce besoin. Il n'empêche que ces "travaux pratiques" doivent se doubler d'entretiens de groupe sur les grands thèmes concernant l'enfant dans la première année de la vie.

Je vais reprendre ces trois termes :

- la préhension de l'enfant par la mère sous contrôle de l'infirmière et de la puéricultrice suppose :

. l'accès de la mère à l'ensemble des soins concernant le nouveau-né : change, bain, habillement, surveillance du poids, des selles. La femme "manipule" son enfant avec l'aide d'une infirmière et apprivoise ainsi son angoisse. Les démonstrations sur bébé en celluloïd ne remplacent pas cet apprentissage auprès de <u>son</u> enfant.

Je pense que cette nécessité doit être reconnue et il faut dénoncer les fausses difficultés :

- la stérilité dans les chambres de nourrissons : mais la mère ne devra-t-elle pas s'en occuper dans

un milieu moins stérile que la Maternité. Et n'est-ce pas l'occasion de lui inculquer les principes d'hygiène ? L'enfant devrait, pendant la journée, reposer près de la mère et non séparé d'elle par une cloison de verre.

- le manque de personnel : mais la femme mise à contribution ne pourrait-elle pas, au contraire, soulager le travail des infirmières ?

Le deuxième point capital est la pratique de l'allaitement maternel.

Il faut, pour informer les femmes des bienfaits ou difficultés de l'allaitement maternel, les décharger entièrement de tout sentiment de contrainte ou culpabilité : ici on touche une des grandes options de la femme dont nous avons parlé ; la suggestion a moins sa place ici que l'information. Comme nous l'avons déjà exprimé à propos de l'effet de groupe, il faut davantage croire à la persuasion par les femmes ayant déjà allaité. (La qualité du lait maternel est évidemment évoquée). Le groupe prend ici vis-à-vis de la femme la force de persuasion que représentaient la mère et les traditions familiales.

Ceci dit, on ne souligne peut-être pas assez la frustration à la fois pour l'enfant et la mère de la séparation que représente l'accouchement et combien l'allaitement maternel représente, pour l'un comme pour l'autre, une transition bénéfique permettant de diminuer le choc de cette frustration.

Si un tabou entoure souvent l'allaitement maternel, c'est en raison de l'aspect sexuel que comporte ce contact privilégié. Que ce soit fausse pudeur, peur d'être "déformée" ou encore fausse culpabilité du plaisir ressenti, le refus d'allaiter est souvent le fait d'une sexualité mal intégrée.

Dans de magnifiques observations longitudi-

nales, sur 250 enfants de Bruxelles, le Dr. SAND tente de faire des relations statistiques entre certains troubles psychosomatiques de l'enfance, et d'autre part, la planification familiale, le mode d'allaitement.

Il est bien évident que l'allaitement maternel, par le contact cutané privilégié qu'il réalise, n'est qu'un aspect de l'expression de l'amour maternel. Il est tellement privilégié que certains accoucheurs conseillent aux femmes qui ne peuvent allaiter de laisser l'enfant sur leur sein découvert après le biberon. L'auteur de ce magnifique livre "Le Singe Nu" constatait que les femmes, même gauchères, portaient plus volontiers leur enfant du côté gauche. C'est là en effet le côté du coeur où l'enfant retrouve les mêmes vibrations du coeur maternel qu'il percevait in utero.

On n'a pas assez insisté par ailleurs sur le bénéfice que la femme elle-même retire de l'allaitement : elle y retrouve une nouvelle forme d'union intime avec l'enfant, différente de celle de la grossesse. Elle se sent avec lui complète : ceci vient à l'encontre du phantasme d'"amputation" de l'accouchement. Le plaisir qu'elle y trouve est réel : on l'a appelé la "sexualité permise".

L'allaitement maternel est, avec la gymnastique post-natale, une des grandes "thérapeutiques" de la dépression du post-partum. Bénéfique pour la mère comme pour l'enfant, l'allaitement maternel est un des symboles majeurs de la maternité.

Une fois discuté librement dans son principe, il ne reste plus qu'à évoquer les rares contre-indications, les difficultés temporaires : à cet égard, on ne parlera jamais assez de variations individuelles de la montée laiteuse, des bouts de sein, des tire-lait ; il faudra minimiser les craintes de la fatigue (allaitement mixte avec un biberon rapide), la peur d'avoir un lait insuffisant (sachant que dans les populations africaines pauvres le syndrome

de malnutrition protidique apparaît à l'arrêt de l'allaitement maternel). Les arguments de pudeur, de manque de temps tombent d'eux-mêmes une fois le principe accepté.

Ici, je soulignerai encore la nécessité de l'information du mari. On a parlé de l'influence de la société "érotique" : le sein perd sa vocation maternelle et devient objet érotique. En réalité, c'est au niveau du couple que se situe le problème. Tout se passe comme s'il existait un conflit pour la femme entre son rôle de femme et son rôle de mère, et le phantasme d'être "déformée" est souvent l'expression de ce conflit (comme celui d'être "dévorée" symbolise la peur d'une atteinte de son intégrité). C'est dire que c'est bien au niveau du couple que l'information doit se faire : l'allaitement maternel désiré et accepté par le couple comme un bien pour l'enfant n'est-il pas une des expressions de l'établissement d'une bonne relation triangulaire. Pourquoi ne pas oser dire et faire accepter par les parents que l'enfant entrant dans le couple doit participer de la sexualité du couple.

Troisième aspect de la préparation concernant l'enfant après l'accouchement : l'enseignement de puériculture proprement dit.

Ce n'est pas par hasard que ce chapitre, qui était en commençant ma thèse le plus important, se trouve réduit à quelques principes. En cela, je serai fidèle à l'esprit de la préparation et à sa politique du "moment présent".

Ceci dit, il faut qu'en sortant de la Maternité les femmes sachent un minimum de choses concernant les premiers mois de la vie de l'enfant :

- démystification de la courbe de poids,
- conseils pratiques d'habillement, de literie,
- principes de l'alimentation variée et le passa-

ge progressif des régimes,

- conduite à tenir devant quelques symptômes : non pas tant somatiques (diarrhée, fièvre, où le médecin traitant reste le seul juge), mais plutôt psychologiques : cris, troubles du comportement, du sommeil, avec quelques principes d'hygiène mentale du nourrisson.

- la tenue du carnet de santé, la façon de faire suivre l'enfant (P.M.I., Assistante Sociale) seront évoquées, de même que la conduite des vaccinations.

- J'insisterai sur deux événements nouveaux dont les femmes doivent être informées :

. la possibilité de "vacciner" les femmes Rhésus +

. le dépistage de la rubéole chez la femme enceinte (le séro-diagnostic positif dès les 5 jours suivant le contage témoigne d'une immunité acquise antérieurement, c'est-à-dire 90 % des femmes adultes ; l'absence de risque après le 3ème mois de la grossesse) ;

. enfin et surtout l'existence d'un vaccin anti-rubéoleux que les Maternités devraient pratiquer systématiquement à toutes les femmes venant d'accoucher.

Enfin, le problème que l'on ne peut plus laisser de côté dans la préparation des femmes à la Maternité, c'est la préparation de l'avenir : planification volontaire d'un commun accord du couple des naissances à venir. Là encore, le caractère facultatif d'une telle préparation est essentiel, mais la préparation ne doit pas moins en exister.

EN CONCLUSION DE LA PREPARATION FAITE ACTUELLEMENT,

1)- La Maternité Saint-Antoine offre aux femmes la possibilité de réaliser une "maternité active" :

- accouchement conscient,
- préparation élargie,
- allaitement maternel.

2)- L'éducation pour le corps a été reconnue essentielle : en est témoin la présence à tous les stades - avant, pendant et après l'accouchement - de kinésithérapeutes spécialement formés venant seconder les sages-femmes.

3)- Dans la ligne de cette étude, je suggère plusieurs lignes de progression :

a)- Consolidation d'une équipe de préparation après l'accouchement sous la direction du pédiatre.

b)- Etude en commun entre les équipes de préparation avant, pendant et après l'accouchement des grands problèmes que représentent :

. l'anesthésie à l'accouchement,
. l'allaitement maternel,
. la place du père à la maternité,
. la contraception.

c)- La constitution d'un dossier psycho-social des femmes enceintes.

d)- En fonction de l'importance des Maternités pourraient être réalisées deux sortes d'équipes :

- une équipe "idéale" : accoucheur - sage-femme - kinésithérapeute - pédiatre - puéricultrices -

infirmières - psychiatre - psychologue.

- une équipe "fonctionnelle" : accoucheur - sage-femme - infirmières - puéricultrice, ayant tous une formation psychologique particulière.

e)- Il faut prévoir des remises en question dans un dialogue double :

- des femmes avec l'équipe de préparation : l'équipe s'adaptant aux désirs des femmes ;

- des médecins de ville avec l'équipe de préparation, permettant la continuité des dossiers, la discussion d'attitudes communes.

Enfin, la place du psychiatre à la Maternité - qu'elle soit intermittente ou permanente - aurait plusieurs avantages :

- formation psychologique du personnel de la préparation : formation du groupe, type Balint ;

- analyse des problèmes psychologiques de certaines femmes, ces observations étant présentées aux communs de la Maternité ;

- stimulation dans la progression des discussions sur les grands thèmes évoqués : anesthésie, allaitement maternel, principes d'hygiène mentale de l'enfant, place du père à la Maternité.

Il ne faut pas oublier la place qu'ont eue les psychiatres comme initiateurs de la préparation. Cette place ne doit pas leur être retirée si on veut que la préparation continue à dépasser son premier but de réussite de l'accouchement, comme le désirait Monsieur le Professeur MERGER dans son livre "L'accouchement sans douleur".

C O N C L U S I O N

****

I)- L'étude critique pratiquée à la Maternité de Saint-Antoine sur la valeur des méthodes d'éducation utilisées pour préparer les futures mères à leur rôle de mère a permis d'établir les points suivants concernant : avantages, inconvénients, moyens d'y remédier.

A- AVANTAGES :

- Intégration parfaite de la puériculture dans le système de préparation à un point de maturation psychologique concernant les préoccupations de la future mère au sujet de son enfant : deux dernières séances de l'accouchement sans douleur, une séance pratique après l'accouchement.

- Utilisation d'une méthode d'entretien de groupe semi-directif associant l'efficacité de l'abord psychothérapique des questions avec l'enseignement.

- Mobilité de la méthode grâce à une remise en question permanente dans un travail d'équipe entre psychologues, sages-femmes, médecins, kinésithérapeutes (la présence de ces derniers est originale à la Maternité de Saint-Antoine).

- Dépistage de difficultés individuelles grâce à un travail d'équipe avant et après l'accouchement.

B- Elles ont par contre le DEFAUT :

- De ne pas aborder de façon suffisamment systématique certains sujets dans leur aspect technique, ni le problème des relations mère-enfant.

- De ne pas prévoir une aide pratique à l'établissement de cette relation mère-enfant lors de l'accouchement et dans les suites de couches en vue de préparer la sortie.

- De s'adresser à un nombre de femmes limité.

C- Certaines SOLUTIONS peuvent être proposées :

- Etude plus didactique des éléments d'enseignement à donner concernant la puériculture et à intégrer dans les entretiens.

- La sensibilisation des moniteurs kinésithérapeutes et sages-femmes à la façon d'aider le premier contact mère-enfant à l'accouchement.

- La coopération plus précice après l'accouchement entre l'équipe de préparation et la mère pour aider cette bonne relation dans les premiers jours et favoriser les premières expériences pratiques en particulier l'allaitement maternel.

Au total, il est apparu nécessaire, au terme de cette enquête, de souligner d'une part l'importance de cette préparation, d'autre part de chercher les moyens de favoriser son extension.

II)- L'importance de cette préparation dans le cadre d'une maternité a été soulignée par :

- Les femmes elles-mêmes dont l'anxiété et l'ignorance au sujet de leur enfant motivent le grand intérêt qu'elles portent à ces cours.

- Les pédiatres et les médecins ; à cet

égard, elle n'est nullement en contradiction avec le rôle du médecin traitant, dont au contraire elle ne peut que faciliter la tâche par une éducation préalable.

Le moment de la grossesse apparaît le plus propice à cette éducation de la future mère : femme plus disponible, plus sensibilisée, plus réceptive, plus motivée.

Par ailleurs, la préparation à l'accouchement est le moteur direct permettant de réunir les femmes.

En fait, du point de vue de l'enfant, cette préparation n'est pas exploitée au maximum, ce qui fait discuter la place du pédiatre dans l'équipe de préparation.

Quant au rôle de la préparation dans l'établissement d'une bonne relation mère-enfant, l'étude est en cours, les résultats positifs concernant la préparation à l'accouchement sont encourageants.

III)- Un grand nombre de femmes continuant à échapper à cet enseignement, il y aurait lieu de prévoir une étude d'ensemble des possibilités de faire cette prévention en dissociant :

- les éléments de l'éducation de la femme,
- les périodes psychologiques motivant les rencontres avec le corps médical,
- les collectivités naturelles où il est possible d'atteindre l'ensemble des groupes sociaux.

A cet effet, créer une véritable politique d'éducation avec :

- participation des pouvoirs publics, en particulier revaloriser l'acte médical de la prévention ;
- propagande auprès du public,

- reconsidération des responsabilités du corps médical dans l'organisation de cette éducation et la répartition des tâches.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

R. MERGER

B I B L I O G R A P H I E

AJURIAGUERRA J. de - Les bases théoriques des troubles psycho-moteurs et la rééducation psychomotrice chez l'enfant.- Genève, Médecine et Hygiène, 19ème année, 1961, N° 521, 25 Octobre, 801-804.

AJURIAGUERRA J. de - "Le corps comme relation". Rapport présenté à la réunion de la Société Médicale suisse de Psychothérapie à Morat, 3 Juin 1961. Stuttgart et Berne. Revue de Psychologie pure et appliquée, 1962, XXI, N° 2.

AJURIAGUERRA J. de, CAHEN, Michèle - Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation. (Rapport au 1er Congrès de Médecine psychosomatique de langue française, 8-10 Juillet 1960, Vittel). Paris, Maloine, Revue de Médecine psychosomatique, 1960, T. II, N° 2, 89-124.

ALISON-LACAMBRE - L'allaitement maternel en France. - Revue d'Hygiène et Médecine sociale, I, 1953, 269.

ANDERSON O.W.- Breast-feeding in the culture of the United States.- Quart. Rev. Pediatrics, 1958, 13, 4, 203.

AUBRY J.- La carence de soins maternels.- Centre international de l'Enfance "Travaux et Documents", VII, Presses Universitaires de France, 1955.

BROYELLE - Essai d'éducation des mères dans le département de la Seine.- Revue d'Hygiène et Médecine sociale, 1955, Tome 3, N° 4.

BROYELLE - Expérience de soins à domicile par les puéricultrices dans la région de Soissons.- Informations Sociales, Paris, 1961, 15, N° 3, A 41-46.

BRUNET O., LEZINE I.- Le développement psychologique de la première enfance.- Presses Univ. de France, 1965.

CHADEYRON P.A., NEMETH A., TEZENAS C., MANDELSTAM M.- Le monde médical de la femme enceinte.- Article "Le Nid", N° 27, Juin 1967. Film en collaboration des Maternités Saint-Antoine et Hôpital Foch.

CHAJICKA M.- La fréquence et la durée de l'allaitement maternel.- Pediatra Polska, 14, 1, 77.

CHERTOK - Féminité et maternité.- Desclée de Brouwer, Paris, 1966.

DEUTSCH H.- La psychologie des femmes.- Presses Univ. de France, 2 vol., 1955.

DIMANT F. et RAIMBAULT G.- Préparation à la maternité. Observations psychanalytiques.- Revue de Médecine psychosomatique, 1965, Tome 7, N° 4.

DUCHE D.J.- Les manifestations ectopiques de la génitalité : énurésie et eucoprésie.- Revue Neuro-psych. et Hygiène mentale de l'Enfance, 1959, VII, 1, 2-33.

GEBER M.- Développement psychomoteur de l'enfant africain.- Courrier C.I.E., Paris, 6, 1, 17.

HARTEMANN - Etude médico-sociale de l'allaitement maternel. Rapport XIXe Congrès Féd. Soc. Gynec. Obst. de Langue Française, 221 (Nancy, 29-31 Mai 1961).

KREISLER L.- La formation psychologique et psychiatrique du pédiatre.- Le Pédiatre, N° 24, 1966.

LAMAZE F.- Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur. - Paris, 1956.

LEZINE I.- RAIMBAULT G.- Développement psychomoteur de l'enfant et type de mère.- Arch. Franç. de Pédiatrie, 1960, 17, N° 6.

LELONG M. et KREISLER L.- Les aspects psychologiques du sevrage et de l'ablactation.- Rev. Prat., I, 3, 151.

LEMAIRE J.G.- La relaxation.- Petite Bibliothèque, Payot, 182 p.

MAYER M.- L'enseignement de la puériculture à la Maternité.- Cours de Péd. sociale, CIE, 1961. (Une expérience d'enseignement pratique pré- et post-natal).

MATHIS M.- La prophylaxie mentale du nourrisson.- Journées de pédo-psychiatrie, La Salpêtrière,

Oct. 1965. Revue de Neuro-psychiatrie Infantile, Déc. 1966, 14, N° 12.

MEYER R., LEVY J., MELCHIOR J.- Précis d'Obstétrique, 3me éd., Paris, 1967.

MEYER R.- La naissance.- Presses Univ. de France, Que Sais-je, 2e éd.

MERGER R., CHADEYRON P.- L'accouchement sans douleur. - Presses Univ. de France, Que Sais-je, 1968.

PERNOUD L.- J'attends un enfant. 2 vol., Paris, Ed. Horay, 1958.

SAND E.A.- Allaitement maternel et artificiel chez le nouveau-né.- Acta Paed. Belg., 1960, 14, 5, 239.

SAND E.A.- Le sevrage.- Acta Paed. Belg., 1961, 15, 2, 75.

SAND E.A.- Contribution à l'étude du développement de l'enfant. Aspects médico-sociaux et psychologiques.- Etude de Médecine sociale, Université libre de Bruxelles, Institut de Sociologie. (Etude longitudinale sur un groupe de 250 enfants). 1966. Imprimerie Amibel, 25, rue d'Arlon, Bruxelles 4.

SPITZ - La première année de la vie de l'enfant. (Genèse des premières relations objectales). - Presses Univ. de France, 1963.

SPOCK B.- Comment soigner et éduquer son enfant.- Paris, Ed. Gérard, 1960.

SPOCK B.- Je nourris mon enfant.- Paris, Ed. Gérard, 1960.

VELLAY P.- Le guide du couple.- Laffont, Paris, 1966.

Une réalisation pilote dans un arrondissement parisien. (Psychologie de la première enfance dans les services de P.M.I.).- Revue Enfance, Oct.-Déc. 1967, 41, rue Gay-Lussac, Paris 5°.

Schéma provisoire d'organisation des études de spécialité de pédiatrie.- Le Pédiatre parisien, 1968, 2e t., N° 23, p. 225-230.

Formation de l'Assistante Maternelle.- Institut Supérieur Libre des Sciences humaines, 86, rue de Grenelle, Paris 7°.